

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1025/2252

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 27/10/21

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mallanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष 61

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम S/O Nagappaiah



Pre op post op
2252 - Mallanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता H.No. 1/166, Near Peramma Temple.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Panwar (P) Chittapur (T) Pulkrisha

OCCUPATION : व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 11000

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. : पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Chauhan Bai	50	F	Wife
2	Chauhan Anitha	75	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (उपपत्र पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis Rx- Tablet Lx- PCTOL
2	Surgery Rx- Tablet + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ से सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कसब अथवा गलत बात बताई जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह व्यय किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन. एम. ए. या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी छवि और विवरणों का उपयोग करके दानों को जुटाने या मेरी सहायता के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग का विवरण मेरे प्रपत्र में उल्लिखित है। मेरी सहायता का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों से प्रेषित है। मेरी सहायता का उपयोग करने के लिए "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन. एम. ए. के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किया गया मदद के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/किया गया मदद नहीं मिलता है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त मदद को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह स्वीकार किया जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाले हस्पताल को ही सहायता के लिए जिम्मेदार होना पड़ेगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्य के लिए ही होगा। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज देना और उसे करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Handwritten signature)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
8/10/24

Dr. PRIYETHI, B.K.
M.B.B.S., M.D., F.M.C., F.P.S.
Specialist General and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर/सि. नं.

Dr. LAKSHMIPATHI N
Specialist Surgeon
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हमारे वरिष्ठ अधिकृत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु
(Koshika Eye Care Trust)
Koshika Eye Care Trust-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
(Handwritten signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
(Handwritten signature)